Aus der chirurgischen Klinik
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster / Westf.
Direktor: Professor Dr. Coenen

Ein Beitrag zur Frage der Anerkennung des Morphinismus als Unfallfolge

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen
Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster / Westf.

vorgelegt von

Meta Heinrich

aus Essen-Katernberg

1937

Gedruckt in der Buchdruckerei Franz Grube, Werne a. d. Lippe

Dekan: Professor Dr. Mayr

Referent: Dozent Dr. Hellner

Korreferent: Professor Dr. Coenen

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster - Westf.

In der Beurteilung des Morphinismus oder allgemeiner der Rauschgiftsucht, die im Anschluß an eine Unfall- oder Kriegsverletzung entstanden ist, bestehen heute noch keine einheitlichen Richtlinien. Es muß daher von Fall zu Fall entschieden werden, ob und inwieweit der Unfall die mittelbare Ursache der Rauschgiftsucht ist. Infolgedessen bleibt die Beurteilung zu sehr der subjektiven Einstellung der einzelnen Gutachter überlassen. Die Folge davon ist, daß bei Ablehnung des Morphinismus als Unfallfolge stets der Versicherungskläger Berufung einlegt, und daß bei Anerkennung der Versicherungsträger versuchen wird, eine andere Beurteilung zu erlangen. Daraus leitet sich eine lange Kette von Gutachten, Verhandlungen und Obergutachten ab. Es wäre daher sowohl im Sinne der Kranken als auch im Sinne der Versicherungsträger, wenn endlich eine gewisse Norm für die Beurteilung einer Rauschgiftsucht, die als Folge einer Unfall- oder Kriegsverletzung entstanden ist, geschaffen würde.

Die Veranlassung zur Beschäftigung mit dieser Frage gab eine einschlägige Beobachtung eines Obergutachtens der chirurg. Universitätsklinik Münster in Westfalen.

Bevor auf das Problem näher eingegangen wird, soll die erwähnte Beobachtung aus der chirurgischen Universitätsklinik Münster i. Westf. mitgeteilt werden. In diesem Falle war in der Vorinstanz der Morphinismus als KDB.-Folge zunächst abgelehnt worden, und erst ein Obergutachten der genannten Klinik brachte Anerkennung der Rauschgiftsucht als mittelbare Folge einer alten Kriegsdienstbeschädigung.

Aus der Vorgeschichte ist anzuführen, daß es sich um einen, 1915 in Galizien durch ein Infanteriegeschoß verletzten, Wehrmann U. handelte. Die Einschußwunde befand sich 1—2 Querfinger oberhalb der Mitte des rechten Darmbeinkammes in Höhe der hinteren Achsellinie; die Ausschußöffnung war etwa 3 Querfinger unterhalb der linken Darmbeinschaufel. Daraus geht hervor, daß das Geschoß durch den oberen Kreuzbeinkanal gegangen ist bezw. ihn gestreift hat. Wegen dieser Verletzung befand

sich U. ein Jahr lang zur Behandlung in verschiedenen Lazaretten. Er wurde auch in Nervenabteilungen behandelt. Im Jahre 1916 erfolgte die Entlassung aus dem Heeresdienst als kriegsdienstunfähig. Die nervenärztlichen Untersuchungen hatten eine Schädigung der hinteren Rückenmarkswurzeln, im Bereich des 4. Lumbal — bis 2. Sacralwirbels mit sensiblen Ausfallserscheinungen an beiden Beinen, sowie funktionelle Gangstörungen ergeben. U. hatte von der Verwundung bis zu seinem Tode starke Schmerzen in beiden Beinen. In den Jahren nach der Verwundung traten mehrfach Druckgeschwüre an den Beinen auf, die auf Innervationsstörungen zurückgeführt wurden. U. befand sich deshalb dauernd in ärztlicher Behandlung. In dieser Zeit trat eine langsam zunehmende Verschlimmerung des Leidens ein, die auch durch Erhöhung der Rente von 50% auf 100% anerkannt wurde. Im Jahre 1926 wurde zum ersten Mal bescheinigt, daß U. Morphinist wäre und daß eine Entziehungskur notwendig erschiene. Dem Antrag wurde aber nicht stattgegeben, da nach der Ansicht des versorgungsärztlichen Gutachters der Morphinismus nicht durch das KDB.-Leiden verursacht wäre, „sondern einmal in der Tatsache, daß U. anscheinend leicht in den Besitz des Giftes gelangen könnte, und zweitens, daß er auf Grund der ihm angeborenen minderwertigen Charakterfestigkeit nicht die Kraft hätte aufbringen können, der Versuchung durch das ihm liebgewordene Rauschgift zu widerstehen", begründet läge. Der Untersuchungsbefund des Gutachters enthält die Angaben, daß U. erhebliche trophische Störungen an beiden Beinen hätte, und daß seine Stimmung sehr gedrückt und weich wäre. Ferner, daß U. über seine Morphiumsucht sehr niedergeschlagen wäre und daß er den dringenden Wunsch hätte sie loszuwerden. U. hatte 1925 während seiner Krankenhausbehandlung häufig Morphium bekommen. Die Sucht begann, soweit nachweisbar ist, im Jahre 1926. Zu dieser Zeit hatte U. angeblich Gelegenheit, ohne Schwierigkeiten, durch Aerzte und Krankenhäuser, in den Besitz größerer Mengen von Morphium zu gelangen. U. starb im Jahre 1930. Die Todesursache lautete: „trophische brandige Geschwüre nach Schußverletzung des Pferdeschwanzes des Rückenmarks." Das zuständige Versorgungsamt führte den Tod aber auf die schweren körperlichen Veränderungen durch den Morphinismus zurück, und lehnte den ursächlichen Zusammenhang mit der Kriegsdienstbeschädigung ab. Der Versorgungsantrag wurde den Hinterbliebenen auch vom Versorgungsgericht abgelehnt, obwohl der sachverständige Gerichtsarzt den Zusammenhang des Morphinismus mit der KDB. anerkannt hatte. Die Berufung die gegen die vom Versorgungsgericht gefällte Entschei-

dung eingelegt wurde, hatte zur Folge, daß ein Obergutachten bei der chirurg. Universitätsklinik Münster (Westf.) angefordert wurde.

In diesem Obergutachten wurde zur Beurteilung der Zusammenhangsfrage folgende Zergliederung der Fragestellung vorgenommen:

a) Ist der Tod des U. durch das als KDB. Folge anerkannte Leiden, die Rückenmarksverletzung mit den dadurch verursachten Nervenstörungen, insbesondere den trophoneurotischen Geschwüren, bedingt? oder:

b) Kommt dem Morphinismus die alleinige oder wenigstens überwiegende Schuld an dem Tode des U. zu?

c) Ist die Morphiumsucht als eine mittelbare oder unmittelbare KDB.-Folge anzusehen?

Die ausführliche Wiedergabe der Beurteilung der Frage a) ist im Rahmen dieser Arbeit zwar von nebensächlicher Bedeutung; es soll jedoch kurz zusammenfassend der Schluß erwähnt werden. Diese Frage wurde im Obergutachten dahin entschieden, daß die Schußverletzung des Rückenmarks mit den danach entstandenen trophoneurotischen Störungen als ausschlaggebende Todesursache anerkannt wurde.

Der Teil b) befaßt sich mit der Beantwortung der Frage, ob und inwieweit die Morphiumssucht und die dadurch entstandene Vergiftung des Körpers den Tod des U. verschuldet bezw. mitverschuldet hat.

Nach den Akten hat U. nur einige, allerdings sichere Zeichen von Morphiumvergiftung aufgewiesen wie die verwaschene Sprache und die verengten, träge reagierenden Pupillen. Die anderen Symptome, das elend heruntergekommene Aussehen, die gelbliche Gesichtsfarbe, die schlaffe Muskulatur, können auch auf die jauchige Phlegmone des linken Fußes, die Decubitalgeschwüre und die Bettlägerigkeit zurückgeführt werden. Weil also die sicheren Symptome der Morphiumvergiftung an Zahl und Stärke hinter denen, die durch die zersetzenden Prozesse an den Beinen wahrscheinlich hervorgerufen wurden, zurück standen, wurde die Frage dahin entschieden, daß der Morphiumsucht als solche eine wesentliche Bedeutung an dem Tode des U. nicht zukommt.

Die 3. Frage, ob Morphiumsucht als Folge des KDB.-Leidens anzuerkennen ist, wird, nach Klarstellung der hauptsächlichen Todesursache, in dem Obergutachten nur zusätzlich beantwortet.

Sie ist aber im Rahmen dieser Ausführungen der wichtigste Teil.

In dem Obergutachten der chirurg. Universitätsklinik Münster (Westf.) werden über diesen Punkt folgende Ausführungen gemacht:

„Wie schon vorher erwähnt, wurde dem U. 1926 der Antrag auf eine Morphiumentziehungskur abgelehnt, mit der Begründung, daß U. anscheinend leicht in den Besitz des Giftes gelangen konnte, und daß auf Grund der ihm angeborenen minderwertigen Charakterfestigkeit U. nicht die Kraft aufbringen könnte, der Versuchung durch das ihm liebgewordene Gift zu widerstehen." Weiter heißt es später, „daß U. über seine Morphiumsucht niedergeschlagen ist und angeblich den Wunsch hat, sie loszuwerden. Intelligenzdefekte waren nicht nachweisbar. Der Wunsch des U. wurde aber trotz mehrfacher Gesuche, die U. z. T. selbst, z. T. durch seinen Hausarzt stellte, nicht erfüllt. Bei der Durchsicht der Akten ergab sich auch, daß U., nach Aussage zweier Zeugen, bereits 1918 und 1919 recht häufig Injektionen und Tabletten erhielt." „Hieraus ist bewiesen, daß U. wegen der mit sehr starken Schmerzen verbundenen Rückenmarksverletzung und besonders der trophischen Geschwüre, schon frühzeitig, bereits 1918 und 1919, dann später reichlich an den Genuß des Rauschgiftes gewöhnt worden war, sodaß es zu einer ausgesprochenen Sucht bei ihm kam. Es ist aber nicht angängig diese bedauerliche Tatsache dem U. allein zur Last zu legen. Sicher ist, daß U. nie zum Morphinisten geworden wäre, wenn er nicht die schwere Kriegsverletzung erlitten und die starken Schmerzen gehabt hätte. Möglich und wahrscheinlich ist auch, daß U. von der Sucht geheilt worden wäre, wenn er rechtzeitig eine Entziehungskur erhalten hätte, zumal er selbst den Wunsch nach Heilung hatte. Denn daß ein Süchtiger aus eigener Kraft, trotz besten Willens, zumal, wenn er eine „angeborene minderwertige Charakterfestigkeit" besitzt, nicht in der Lage ist, sich von der unglücklichen Neigung zu heilen, steht fest."

Auf Grund dieser Ausführungen wurde die Morphiumsucht als mittelbares KDB.-Leiden vom Obergutachter erkannt und gesagt, daß „die Morphiumsucht kein Verschulden des U., sondern Folge der Kriegsverletzung und der dadurch verursachten Umstände und damit als mittlere KDB.-Folge zu betrachten ist."

Die Spruchkammer des zuständigen Versorgungsgerichtes trat dem Obergutachten der chirurg. Univ.-Klinik Münster i. W.

bei und erkannte die Morphiumsucht als KDB.-Folge an. Den Hinterbliebenen wurde der Anspruch auf Rente zugebilligt.

Im Gegensatz zu der Wichtigkeit der Fragestellung nimmt das Problem der Rauschgiftsucht in den Werken der Unfallmedizin nur einen kleinen Raum ein. Die Handbücher enthalten, außer z. T nicht übereinstimmenden Angaben, nur Hinweis auf einige Entscheidungen des Reichsversicherungsamts. Auch die Kasuistik darüber ist äußerst spärlich. Nur H i r s c h-Frankfurt befaßt sich in einer Arbeit ausführlicher mit der Zusammenhangsfrage zwischen Morphinismus und Unfall.

Diese Arbeit enthält die Begutachtung eines Krankheitsbildes, das der Beobachtung die dem Obergutachten der chirurg. Univ.-Klinik Münster i. W. zugrunde lag, sehr ähnlich ist. Es soll hier deshalb etwas ausführlicher darüber berichtet werden.

Wie in der oben angeführten Krankengeschichte begann auch hier das Leiden des Patienten mit einer Kriegsschußverletzung. Die Granatsplitterverwundung befand sich am rechten Unterschenkel. Der Knochen war mitbetroffen, dadurch wurden unaufhörliche Eiterungen hervorgerufen. Im Laufe der Zeit mußte der Unterschenkel wegen unerträglicher Schmerzen amputiert werden. Aus der allmählichen Erhöhung der Rente von 30% auf 100% im Laufe der Jahre geht hervor, daß das Leiden dauernd fortbestand und sich sogar verschlimmerte. F. wurde Morphinist. Der Beginn der Sucht läßt sich nicht genau feststellen. Aber aus den verschiedenen Gutachten, die anläßlich eines Antrages auf Bewilligung einer Entziehungskur abgegeben wurden, sieht man klar, daß F. rauschgiftsüchtig war. Im Jahre 1931 starb der Patient. Man fand ihn mit der Morphiumspritze in der Hand tot auf. Der Totenschein gibt als Todesursache „Morphiumvergiftung“ an.

Den Hinterbliebenen wurden die Rentenansprüche aberkannt, da der Tod des F. auf die chronische Vergiftung und nicht auf das Versorgungsleiden zurückgeführt wurde. In dem zur Klarstellung der Sachlage abgegebenen Gutachten lehnte der Amtsarzt des Versorgungsamtes den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Versorgungsleiden und der chronischen Rauschmittelvergiftung ab. Der Gutachter bezog sich dabei auf ein, zu Lebzeiten des F. anläßlich eines Antrages zur Bewilligung einer Entziehungskur, abgegebenes Gutachten. In diesem wurde gesagt: „daß die Sucht nach Rauschgiften und der chronische Mißbrauch derselben letzten Endes in einer psychopathischen Willensschwäche wurzele und nicht im Zusammenhang mit der

KDB. stehe.“ Die Ausführungen eines anderen Gutachters, der dahin entschied, „daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der erlittenen schweren Verwundung und der schweren chronischen Vergiftung nicht bestritten werden kann,“ und die auch die Bewilligung einer Morphium-Entziehungskur zur Folge hatten, blieben nach dem Tode des F. völlig unberücksichtigt.

Hirsch bewies im Laufe seines Gutachtens den Zusammenhang zwischen KDB. und Morphinismus. Die Spruchkammer erkannte dem zu Folge auch in diesem Falle die Rauschgiftsucht als eine mittelbare Folge der erlittenen KDB. an. In seiner Arbeit nimmt Hirsch gegen die Ansicht der Gutachter, daß die Ursache jeder Morphiumsucht allein in der psychopathischen Veranlagung zu suchen sei, eingehend Stellung. Er zeigt, daß es in dem Wesen der Rauschgiftsucht begründet liege, daß hemmungslose, triebhafte Menschen, also Psychopathen, von ihr befallen würden. Er teilt die Rauschgiftsüchtigen in zwei Kategorien ein. Einmal in solche, die leicht, auf Grund ihres Berufes, in den Besitz von Rauschgiften gelangen können, und bei denen die Sucht lediglich aus einer „Passion“ heraus entstanden sei. Bei diesen erkennt er die Psychopathie als Hauptursache der Süchtigkeit an. Dann unterscheidet er von diesen scharf die Patienten, die im Laufe einer schmerzhaften Krankheit an den Rauschmittelgenuß gewöhnt wurden, und die später, bei fortbestehendem Leiden, nicht die Willenskraft aufbringen könnten, auf die Betäubungsmittel zu verzichten. Auch bei diesen handele es sich meist um willensschwache Psychopathen. Trotzdem müsse man aber hier den mittelbaren Zusammenhang zwischen dem Morphinismus und der Krankheit selbst anerkennen, weil die auslösende Ursache, also die Schmerzen, weiter beständen. Ganz anders wieder verhielte es sich bei solchen Süchtigen, die wohl auch im Laufe einer schmerzhaften Krankheit an das Rauschgift gewöhnt worden seien, die dann aber trotz völliger Heilung und dem Fehlen jeglicher Schmerzen, den Rauschmittelgenuß beibehalten. Bei diesen lehnt Hirsch den mittelbaren Zusammenhang mit dem auslösenden Leiden strikt ab und gibt der Psychopathie der Betroffenen die Hauptschuld.

Hirsch macht also die Anerkennung des Zusammenhanges zwischen Rauschgiftsucht und Unfalleiden, trotz bestehender Psychopathie, davon abhängig, daß das Grundleiden noch weiter besteht. Er mißt also dem Grundleiden und nicht der Psychopathie, den überwiegenden Anteil an dem Auftreten bezw. Fortbestehen der Sucht bei.

Die Gutachter, die den mittelbaren Zusammenhang zwischen

Unfall bezw. KDB. und Morphinismus bei bestehender Psychopathie ablehnen, stützen sich wohl auf die Ausführungen im Handbuch der ärztlichen Begutachtung von Liniger, Weichbrodt und A. W. Fischer.

Darin heißt es: „Was den süchtigen Psychopathen anbelangt, so liegt eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vor, daß Folgen der Trunksüchtigkeit auch dann nicht zu entschädigen sind, wenn die Trunksucht auf Schmerzen zurückzuführen ist. Sinngemäß muß auch die Morphiumsucht als Unfallfolge abgelehnt werden."

In demselben Buch schreibt Weichbrodt dann weiter, daß in dieser Frage keine Einigkeit herrsche, und daß es eine Reihe von Süchtigen gäbe, deren Süchtigkeit als KDB.- bezw. Unfallfolge anerkannt würde.

Von den anderen Werken der Unfallmedizin enthält nur das Handbuch von Kaufmann eine kurze Bemerkung bezüglich der Anerkennung des Zusammenhanges zwischen Unfall und Morphinismus. Kaufmann beschränkt sich in seinem Buch auf den Hinweis, daß, auf Grund einiger Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, in den letzten Jahren die Entschädigungspflicht bei therapeutisch entstandener Rauschgiftsucht anerkannt sei.

Man sieht aus diesen Ausführungen, daß keine grundsätzliche Einheitlichkeit in der Beurteilung der durch einen Unfall bezw. einer KDB. entstandenen Morphiumsucht besteht, und daß insbesondere Versicherungsträger und erstinstanzliche Spruchkammern häufig, soweit man bei den verhältnismäßig wenigen bisher bekannten Fällen von häufig sprechen kann, meist anderer Ansicht wie die ärztlichen Begutachter waren. Die Berufungsgerichte teilten demgegenüber in den meisten Fällen den von den Aerzten vertretenen Standpunkt. Es fehlt wie die allgemein befriedigende, klare grundsätzliche Stellungnahme, da auch die wenigen Bearbeiter dieses Problems der Versicherungsmedizin sich z. T. völlig ablehnend verhalten, während der andere Teil seine Anerkennung von zu dehnbaren, an das subjektive Urteil gebundenen Bedingungen abhängig macht.

Es soll daher der Versuch gemacht werden, gewisse Richtlinien zu formen und aufzustellen, die dem ärztlichen Gutachter bei der Beurteilung der schwierigen Zusammenhangsfrage zwischen Unfall und der darauf folgenden Rauschgiftsucht eine Stütze geben können. Zu diesem Zwecke wird vorgeschlagen, die Entscheidung von dem Ergebnis der Beantwortung folgender

Fragen abhängig zu machen:

1. Besteht ein zeitlicher und ursächlicher Zusammenhang zwischen der Rauschgiftsucht und dem dafür als Ursache angeschuldeten Unfall- oder KDB.-Leiden?

2. Erfolgte die Einnahme von Suchtmitteln wegen eines schmerzhaften Grundleidens auf Verordnung des behandelnden Arztes?

3. Ist dem Suchtkranken Gelegenheit gegeben, die Rauschgiftsucht, die anläßlich der ärztlichen Behandlung eines schmerzhaften Grundleidens erworben wurde, durch eine Entziehungskur zu beseitigen? Wenn ja, scheiterte der Erfolg der Entziehungskur an Ursachen, die im Grundleiden gelegen waren oder an dem bewußten oder unbewußten (psychopathischen) Verhalten des Kranken?

Zu 1. Daß die Entstehung der Rauschgiftsucht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem dafür als Ursache angeschuldigten Grundleiden stehen muß, ist an sich eine selbstverständliche Forderung; sie bedarf jedoch deshalb einer um so strengeren Prüfung. Zunächst ist auszuschließen, daß der Kranke bereits anläßlich eines früheren, nicht zur Entschädigung stehenden, Leidens an ein Rauschgift gewöhnt war. Sodann muß der Nachweis erbracht werden, daß während des Unfalleidens über eine gewisse nicht zu kurze Zeit hin größere Mengen eines Rauschgiftes verabfolgt wurden, und daß in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dieser Verabfolgung die krankhafte Sucht aufgetreten ist.

Kann der ursächliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Unfalleiden und Sucht bejaht werden, so ist alsdann die Prüfung der zweiten Forderung vorzunehmen.

Zu 2. Diese bestand ja darin, daß die Verabfolgung eines Rauschmittels einen Bestandteil der ärztlichen Behandlung darstellte, und von dem behandelnden Arzt ausdrücklich und verantwortlich über längere Zeit hinaus verordnet worden war. Ob und inwieweit im jweiligen Falle die Verordnung eines Rauschmittels bzw. erheblicher Mengen desselben durch das Grundleiden berechtigt war, ist in diesem Zusammenhang völlig belanglos, wenn die Anwendung auf ausdrückliche ärztliche Verordnung geschah. Denn wenn die länger dauernde Verordnung von Narkotika einen Teil der Behandlung ausmachte, sind die Folgen einer derartigen Behandlung u. E. rechtlich in vollem Umfange den Folgen gleichzustellen, die etwa durch eine andere

Behandlung entstehen können. Man kann hierbei vergleichsweise auf das Beispiel operativer Schädigungen hinweisen, die nicht selten Veranlassung zu Entscheidungen der höchsten Spruchkammern gegeben haben. So müssen z. B., wenn unter der Annahme einer unfallmäßigen, entschädigungspflichtigen Erkrankung eines Kniegelenkes eine Operation vorgenommen wurde, etwaige Folgen der Operation dem Versicherungsträger zur Last gelegt werden. Und zwar muß auch im Fall eines vollkommen negativen Befundes am Kniegelenk eine etwaige postoperative Versteifung als mittelbare Unfallfolge rentenmäßig entschädigt werden, wenn die Operation unter der Annahme einer Unfallfolge vorgenommen wurde und keine groben Verstöße des Patienten bei der Nachbehandlung vorliegen. Dieselben Verhältnisse dürfen zweifelsohne auch auf andere therapeutisch gesetzte, wenn auch nicht beabsichtigte, Behandlungsfolgen zutreffen, wenn der Patient nicht ausdrücklich vorher auf die Möglichkeit schädlicher Folgen aufmerksam gemacht worden ist und sich damit einverstanden erklärte. Es ist ohne Bedeutung, ob die besondere Behandlungsfolge durch eine gewisse Psychopathie leichter auftrat, da man auch bei der als Beispiel gewählten postoperativen Versteifung eines Knies keinen Unterschied machte, ob besondere disponierende örtliche Verhältnisse, eine Osteochondropathie bezw. eine Ostearthrosis deformans oder andere Ursachen, so vielleicht Willensschwäche bei der medikomechanischen Nachbehandlung, vorlagen. Ob nach einer, im Anschluß oder während einer ärztlichen Behandlung aufgetretenen, Rauschgiftsucht, dann die weitere Versorgung mit den Rauschmitteln auf legalem Wege, d. h. durch ärztliche Verordnung geschah, oder ob sie auf illegalem Wege erfolgte, ist an sich völlig bedeutungslos.

Weichbrodt vergleicht in seinem Handbuch der Unfallbegutachtung, wie schon erwähnt, den Morphinisten mit dem Trunksüchtigen. Er schließt daraus, daß die Trunksucht als Unfallfolge nicht anerkannt werden kann, daß ebenso der Morphinismus, der im Anschluß an eine Unfallverletzung aufgetreten ist, abgelehnt werden müsse. Der Vergleich ist aber abwegig, denn der Alkohol kommt als therapeutisches Mittel bei der ärztlichen Schmerzbekämpfung wohl nicht in Betracht. Folglich ist die Einnahme von Alkohol und die danach erfolgte Gewöhnung nicht therapeutisch bedingt, daher als mittelbare Unfallfolge garnicht in Frage kommt.

Zu 3. Während bei den ersten beiden Forderungen das Problem der psychopathischen Disposition und der Willens-

schwäche, die das praedisponierende Moment bei dem Auftreten einer Rauschgiftsucht nach einem Unfalleiden bildet, eine untergeordnete Rolle spielte, kann es demgegenüber bei dem letzten Punkt eine wesentliche Bedeutung erlangen.

Zunächst ist in diesem Zusammenhang die Feststellung von Wichtigkeit, ob von dem Versicherungsträger zur Behebung der, als Behandlungsfolge aufgetretenen, Sucht eine geeignete Therapie durchgeführt worden ist. Es ist daher selbstverständlich und braucht nicht weiter begründet zu werden, daß der Versicherungsträger zur Uebernahme der Kosten für eine derartige Behandlung verpflichtet ist. Wurde eine derartige Kur aber unterlassen, oder gar dem Kranken trotz seines Antrages und des damit ausgedrückten Wunsches nach Heilung abgelehnt, so ist, wenn die ersten beiden Forderungen erfüllt sind, die Frage des mittelbaren Zusammenhanges zwischen Rauschgiftsucht und dem Unfalleiden unbedingt zu bejahen.

Etwas anderes ist es, wenn dagegen eine oder mehrere Entziehungskurven durchgeführt sind. In diesem Falle ist bei der Prüfung der Anerkennung der Morphiumsucht als Unfallfolge die Frage wesentlich, warum die sachgemäßen, in geeigneten Anstalten vorgenommenen Kuren keinen Erfolg gehabt haben. Sind eine oder mehrere wirklich sachgemäße Kuren durchgeführt worden, so ist beim Mißerfolg der Entziehungskuren für die Anerkennung oder Ablehnung des Unfallzusammenhanges von ausschlaggebender Wichtigkeit, ob der Fehlschlag der Kur in dem Grundleiden der Verletzten oder in dem bewußten oder unbewußten seelischen Verhalten des Betreffenden begründet liegt. Dieser Punkt entspricht der Stellungnahme von H i r s c h, der sich allerdings lediglich und auch nicht erschöpfend auf diese eine Frage beschränkt und die beiden ersten oben aufgestellten gleich wichtigen Forderungen nicht berücksichtigt. Man kann diese Frage wohl so entscheiden, daß der Mißerfolg der Entziehungskuren nicht dem Versicherungsnehmer zur Last gelegt werden kann, wenn das Grundleiden noch besteht und dem Kranken so erhebliche Schmerzen verursacht, daß man ihm billigerweise die Aufnahme von Linderungsmitteln einräumen muß. Da bei denselben erfahrungsgemäß eine Gewöhnung eintritt, so ist die Verordnung stärkerer Mittel, also der Narkotica, in gewissen Ausnahmefällen leider nicht immer zu vermeiden. Ganz anders liegen die Verhältnisse dagegen, wenn eine sachliche Veranlassung zur Einnahme von Rauschmitteln dadurch nicht mehr besteht, daß das Grundleiden, welches zur Gewöhnung geführt hatte, beseitigt ist. In diesem Fall ist das Fehlschlagen sachge-

mäßer Entziehungskuren zum überwiegenden Teil dem Kranken selbst zur Last zu legen, somit ist die Sucht nicht mittelbare KDB.- bezw. Unfallfolge und daher auch nicht entschädigungspflichtig.

Diese Ausführungen sollen brauchbare Richtlinien an die Hand geben, um eine Klärung der schwierigen Zusammenhangsfrage zwischen Rauschgiftsucht und mittelbarer Unfall- bezw. KDB.-Folge zu bringen. Es geht aus ihnen hervor, worauf hier nochmals besonders hingewiesen werden soll, daß eine Anerkennung nur dann berechtigt ist, wenn sämtliche drei Forderungen im Sinne obiger Ausführungen erfüllt sind.

Zur Frage der Entschädigung des Morphinismus zu Lebzeiten des Kranken ist noch Folgendes zu sagen: Nur ganz ausnahmsweise darf zu Lebzeiten des Verletzten eine rentenmäßige Entschädigung des Morphinismus in Anwendung kommen. Es besteht dann vielmehr Behandlungsbedürftigkeit, entweder des Grundleidens oder der davon zurückgebliebenen Sucht. Ist eine Heilung des Grundleidens nicht möglich, so ist die Höhe der Erwerbsminderung durch das Grundleiden und die Folgen der, durch einen Nervenarzt festzustellenden, Sucht gegeben.

Die oben gemachten Ausführungen zeigen, daß es bei Unfallverletzten, noch mehr bei Kriegsverletzten, bei denen es durch den Unfall zu einem längeren schmerzhaften Leiden gekommen ist, gelegentlich die Gefahr gegeben ist, daß die Kranken durch die Verordnung von Rauschgiften süchtig werden können. Es muß daher zum Schluß nochmal gesagt werden, daß man gerade bei solchen Kranken mit der längeren Verordnung von Rauschgiften vorsichtig sein muß. Es ist unbedingt erforderlich, daß die heute Allgemeingut gewordene strenge Auffassung bezüglich der Verabreichung von Narkotica bei der Schmerzbekämpfung, bei den an einem Unfalleiden erkrankten Patienten ganz besonders beobachtet wird. Dies trifft dann umsomehr zu, wenn man auf Grund des seelischen Zustandes der Patienten im Sinne einer Psychopathie mit der gesteigerten Gefahr des Süchtigwerdens rechnen kann. Die Vorsicht bei der Verordnung von Rauschgiften ist ja heute umso leichter, als es eine große Menge von unschädlichen, nicht zur Sucht führenden Schmerzlinderungsmitteln gibt, sodaß die Möglichkeit zu abwechselnder Verordnung besteht.

Wie stets ist auch hier die Vorbeugung besser als die Behandlung und die vornehmste Pflicht des Arztes, da sie gestattet, kranke Volksgenossen vor der Sucht und damit vor dem seelischen und körperlichen Untergang zu bewahren und andererseits auch das Volksvermögen vor der unnötigen Belastung mit Rentenbezügen und Kosten für Heilverfahren zu schützen.

Literaturangabe.

Liniger, Weichbrodt, A. W. Fischer: Handbuch d. ärztl. Begutachtung Bd. II. 1931.

Kaufmann: Handbuch d. Unfallmedizin Bd. I.

Dr. S. Hirsch, Frankfurt a. M. Grundsätzliches zur Entschädigungspflicht bei Rauschgiftsucht.

Klin. Wochenschrift 1932 Bd. II. S. 1956—1959.

Lebenslauf.

Ich, M e t a H e i n r i c h , wurde am 19. April 1911 zu Essen-Katernberg, als Tochter des 1914 bei Verdun gefallenen Studiendirektors Dr. phil. Fritz H e i n r i c h und seiner Gattin Frieda geb. L i s k e geboren. Nach 13jährigem Besuch der Freiherr vom Stein-Schule zu Münster (Westf.) bestand ich im März 1930 an dieser Anstalt die Reifeprüfung. Vom S. S. 1930 studierte ich an den Hochschulen Münster und Göttingen Medizin. Am 19. Dezember 1935 bestand ich in Münster das medizinische Staatsexamen. Meine Praktikantenzeit verbrachte ich, vom 28. Dez. 1935 bis zum 28. August 1936, an der städt. Frauenklinik zu Dortmund, und vom 29. August 1936 bis zum 28. Dezember 1936 an der medizinischen Universitäts-Klinik Göttingen. Danach arbeitete ich als Volontär-Aerztin an der chirurg. Abteilung des Elisabethkrankenhauses zu Halle/Saale. Vom 1. April 1937 bin ich als Volontärin an der städtischen Frauenklinik Dortmund beschäftigt.